928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel GUILLAUME

Né le 26 avril 1934, à Saint-Mandé (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 1966

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA COEXISTENCE DE LA GROSSESSE UTERINE ET DE LA GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LEPAGE, Professeur

PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel GUILLAUME

Né le 26 avril 1934, à Saint-Mandé (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 1966

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA COEXISTENCE DE LA GROSSESSE UTERINE ET DE LA GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LEPAGE, Professeur

PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)

Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique	Denoix (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais) ..	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut) ..	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; Baumann (J.) - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) ..	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) ..	Cauchoix (J.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec).	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis).	Duperrat (F.)
— endocrinolog. (Pitié) ..	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— chir. et gynéc. (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— malad. infect. (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne)	Delay (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Conte (M.) ; Kourilsky (R.) ; Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ...	Debray (Ch.)
— médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— néphrologique (Necker)	Hamburger (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) .	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin).	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie (Trousseau) .	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Brouet (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— rhumatol. (Lariboisière)	Sèze (S. de)
— stomatol. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique (Widal) .	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin) ..	Aboulker (P.)
— urologique (Necker) ..	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) .	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses ...	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Caroli (J.) ; Dreyfus (B.) ; Grossiord (A.) ; Lambling (A.) ; Launay (Cl.) ; Payet (M.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).	
Néphrologie	Richet (G.)
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

En témoignage de mon affection
et en reconnaissance des sacrifices
qu'ils ont consentis pour moi.

A TOUS LES MIENS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544324_0081

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEPAGE

Professeur de Physiologie et Pathologie

Obstétricales à la Faculté de Médecine

de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAUVY

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qu'il soit assuré de toute
notre gratitude et de nos
très vifs remerciements.

A tous mes Maîtres des Hôpitaux et de la

Faculté de Médecine de Paris

En hommage respectueux.

A tous mes Amis.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA COEXISTENCE DE GROSSESSE UTERINE ET DE LA GROSSESSE TUBAIRE

-:-:-:-:-:-:-

C H A P I T R E I

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

HISTORIQUE ET STATISTIQUES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les publications sur la coexistence de la grossesse utérine et de la grossesse extra-utérine sont assez nombreuses, malgré le nombre relativement peu élevé des cas observés.

R. CHAMBRANO relate que déjà l'antiquité donne quelques exemples ainsi que les XIe XIIe et XVIIIe siècles. Mais la première observation classique est celle de DUVERNEY en 1708, avec vérification anatomique à l'autopsie.

Puis on note les observations de Madame de LACHAPEUE (1811) GRET (1811) DUMOUARD (1878) et une publication de BROW (1881) comportant 24 observations. Une autre de 17 cas de GUTZWIELLER (1892) de MOULONGUET (1902) de 50 cas et de NEUGEBAVER en Allemagne, en 1909, qui réunit 244 cas, De NOVAK (1926) 276 cas et, enfin, 217 observations de MARRAY en 1933, et une étude d'ensemble de FABRE en 1939 qui avait trouvé dans la littérature 320 observations, certaines d'entre elles sujet-

tes à caution car JABRE estimait que certaines hémorragies utérines avec expulsion de caillots pendant l'évolution d'une grossesse extra-utérine ont été considérées à tort comme le résultat d'une grossesse utérine alors que l'examen histologique n'a pas montré l'existence de débris embryonnaires.

Par contre NOUAK estime que les grossesses combinées seraient un signe de grossesses gemellaires beaucoup plus fréquent qu'on ne l'imagine, car dans beaucoup de cas l'un des embryons succombe.

La résolution spontanée dans les grossesses ectopiques inconnues est probablement plus fréquente que l'on ne le croit à priori.

Enfin CHAMBRAND en 1957, dans un rapport d'un colloque pour l'étude de la stérilité et de la fécondation, réunit 456 cas dont 2 cas personnels. Il conclut que l'association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine serait de 1 pour 30.000 grossesses.

Mais les publications et les statistiques que nous avons résumées, montrent qu'il y a une certaine différence d'opinion sur l'interprétation des observations d'un auteur à l'autre.

Si bien que cette étude pose quelques questions ?

1) La grossesse utérine est reconnue à l'importance du volume de l'utérus que la simple réaction déciduale d'une grossesse extra-utérine ne pourrait expliquer. C'est donc l'évolution de la grossesse qui, généralement permet le diagnostic. Soit l'évacuation du foetus par voie vaginale ou du placenta, confirmé par l'histologie (pour ne pas confondre avec une caduque par exemple).

2) Le diagnostic des grossesses extra-utérines se fait grâce aux signes cliniques habituels, en particulier par une masse annexielle douloureuse et lors de l'intervention le renflement tubaire est caractéristique, mais un hématosalpinx peut macroscopiquement présenter le même aspect. Ce n'est qu'à l'ouverture de l'hématosalpinx que l'histologie montre les villosités choriales. Une réaction déciduale accompagnant la grossesse controlatérale peut être trompeuse. Ce n'est souvent que grâce à l'histologie que l'on peut affirmer la nidation dans la paroi tubaire avec des villosités infiltrant les couches musculaires.

L'examen histologique peut aussi éliminer l'hypothèse d'une endométriose.

La présence des deux corps jaunes elle aussi n'est guère possible à observer que lors de la laparotomie.

3) Une autre cause d'erreur signalée par CHAMBRAND est le cas d'une grossesse utérine et extra-utérine concomitante associée à une rétention très ancienne d'une grossesse extra-utérine interrompue longtemps auparavant et retenue dans la trompe controlatérale, ou d'une rétention placentaire utérine ancienne juxtaposée à une grossesse extra-utérine vivante ou récemment interrompue.

Ici encore, c'est l'histologie qui peut affirmer, dans le cas de la grossesse arrêtée depuis longtemps, la dégénérescence des éléments villositaires.

-:-:-:-:-

C H A P I T R E II

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION 1

Madame M.B... 42 ans, 8e pare entre dans le service le 6 Août 1952 pour syndrome douloureux abdomino-pelvien avec état de choc.

L'interrogatoire délicat retrouve :

un retard de règles depuis deux mois, mais il existe cependant depuis trois semaines environ des métrorragies et de vagues douleurs hypogastriques à type de pesanteur - faits qui ne semblent pas inquiéter outre mesure Madame M.B..

Mais aujourd'hui le 6 Août :
brutalement, douleur atroce de siège hypogastrique avec syncope.

A l'examen on note :

- un tableau d'hémorragie interne avec
  . hypotension

. hypothémie

. accélération du pouls.

- un abdomen légèrement sensible
- une douleur au toucher vaginal dans le cul-de-sac de Douglas.

On pratique une laparotomie le jour même et on trouve :

- un utérus paraissant gravide d'environ 2 mois
- une hématocèle enkystée provenant de la trompe droite rompue - la poche est limitée en avant par l'utérus, en arrière par le péritoine pariétal postérieur et le rectum, à gauche par le colon sigmoïde, à droite par la trompe droite elle-même, en haut par les anses grêles et l'appendice qui est adhérent à la poche, et que l'on est obligé d'extraire à la fin de l'intervention.

Ablation des annexes droites.

Suites opératoires immédiates sans incidents.

Ultérieurement Madame M.B.. continue sa grossesse utérine et accouche, à terme, d'une fille pesant 3,200 g le 12 Février 1953.

OBSERVATION 2

Madame P... 38 ans.

Entre d'urgence dans le service pour :

- douleur pelvienne brutale ayant entrainé une syncope.
- l'examen montre des signes d'hémorragie grave.
  - . pouls à 140
  - . T.A. à 8 de maximum
  - . extrémités froides
  - . sensation de froid et de soif intense
  - . température à 37°.
- l'abdomen est légèrement ballonné mais le T.V. trouve un cul-de-sac de Douglas très douloureux.
- l'interrogatoire ne précise aucune anomalie menstruelle.
- On pratique d'urgence une laparotomie qui montre :
  - une cavité péritonéale remplie de caillots du volume des deux poings
  - la trompe gauche est rompue.

On pratique alors l'ablation de la trompe en conservant l'ovaire.

On ne pense pas à l'existence d'une grossesse utérine concomitante, on ne le reconnaît que plus tard, la grossesse se déroule normalement et Madame B... accouche à terme d'une fille pesant 3,600 kg.

OBSERVATION 3

Madame R... 25 ans, 1ère pare.

Cette femme avait été vue par un accoucheur qui avait noté : grossesse d'un mois, sans aucun commentaire, il l'avait donc considérée comme normale. Mais le 17 Juillet 1965 elle appelle d'urgence le Docteur PINARO pour une douleur vive pelvienne et un état syncopal. Celui-ci pense à juste titre à un kyste de l'ovaire tordu ou à une grossesse extra-utérine et l'adresse sans délai au Docteur CAUVY, Chirurgien à la clinique de la Résidence à Pantin. Le même jour on pratique une laparotomie qui montre un épanchement sanguin important dans la cavité péritonéale, l'utérus est de volume d'une grossesse de deux mois et demi. Il existe en outre, une grossesse tubaire gauche fissurée du volume d'un gros poing prolabée dans le Douglas.

- ablation de la totalité des annexes gauches
- fermeture plan par plan.

Les jours suivants le laboratoire fournit les résultats que voici (23 Juillet) :

- Réaction de Friedman positive
- Réaction de Galli positive
- Test immunologique de Wide et Ginzell positif
- Ascheun Zondek positive

Examen anatomo pathologique (Laboratoire Mimoune) : "volumineuse dilatation ampullaire de la trompe à paroi amincie et fissurée, avec cavité occupée par un caillot de formation récente".

Les différentes coupes de contrôle révèlent la présence au sein de ce caillot, de villosités placentaires et tissu trophoblastique caractéristiques. La muqueuse des franges tubaires a subi le processus de métaplasie endométroïde gravidique habituelle aux grossesses tubaires.

Conclusion : grossesse tubaire rompue.

Mais le 23 Juillet la malade expulse spontanément un foetus de 2 mois et demi et l'expulsion du placenta s'effectue sans incidents.

Un deuxième examen anatomo-pathologique du Docteur MIMOUNE (28 Juillet) précise :

"La pièce expulsée par l'utérus est un oeuf de la taille d'une grosse prune, à structure caractéristique de sac amnotique contenant un foetus assez reconnaissable macroscopiquement."

"Toutes les coupes de contrôle pratiquées permettent de confirmer la nature, tant de l'enveloppe placentaire que du corps foetal proprement dit, sans anomalie histologique notable".

Conclusion : avortement ovulaire
banal.

-:-:-:-:-

C H A P I T R E III

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

DIAGNOSTIC

-:-:-:-:-:-

- Une grossesse sur trois cents est une grossesse tubaire. La fréquence croît avec les progrès de la chirurgie tubaire réparatrice. La grossesse extra-utérine bilatérale est exceptionnelle, il est difficile d'en préciser le pourcentage.

Rappelons brièvement le tableau clinique de la grossesse extra-utérine dont les éléments de diagnostic sont les mêmes que dans la grossesse extra-utérine bilatérale.

Une jeune femme vient consulter parce qu'elle a des signes habituels et classiques de grossesse.

. retard de règles

. nausées

. modifications des seins.

Mais elle présente aussi des signes anormaux qui sont :

Des douleurs : continues ou à renforcements épisodiques, de siège variable, irradiant souvent vers l'épaule, et pouvant s'accompagner de tendances hypothymiques.

A l'examen on constate des signes de grossesse :

- col mou, bien centré ou dévié
- corps augmenté de volume rappelant un utérus gravide, mais dont le volume ne correspond pas à l'âge présumé de la grossesse.

Mais on constate une masse latéro-utérine difficile à apprécier car l'exploration des culs-de-sac est douloureuse. Cette masse est nettement séparée de l'utérus par un sillon. Devant une telle masse on sera amené à soulever trois hypothèses : un fibrome pédiculé, un kyste ovarien, ou un pyosalpinx. Un test biologique de grossesse positif confirmera le diagnostic mais ne permettra pas de l'éliminer s'il est négatif.

On peut pratiquer également une coelioscopie sous anesthésie générale pour préciser le diagnostic et éventuellement dans certains cas dans un but thérapeutique.

Devant ce tableau clinique sans incidents dramatiques où il n'y a pas de signes d'urgence, la conduite à tenir est une surveillance attentive pendant une semaine ou deux. Contrôler la courbe thermique en rapport avec le cycle menstruel, mais beaucoup de grossesses extra-utérines soupçonnées ne sont pas confirmées par la courbe thermique et par la date des règles.

Si le diagnostic est douteux, et si le tableau clinique n'exige pas de décision urgente, quelques examens complémentaires peuvent être utilisés :

Numération sanguine avec formule leucocytaire : en montrant une anémie et l'absence d'hyperleucocytose avec polynucléose, elle a déjà une valeur indiscutable.

Dosage des gonadotrophines urinaires

- moins de 100 unités Lapine : absence de grossesses
- entre 100 et 200 unités Lapine : grossesse extra utérine avec foetus mort
- entre 200 et 500 unités : grossesse extra-utérine probable
- plus de 1500 unités : grossesse utérine possible ou grossesse extra-utérine vivante
- l'hystérosalpingographie.

Pratiquée à condition d'éliminer formellement une grossesse utérine en évolution. En cas de doute, on ne la pratiquera pas si le dosage des gonadotrophines est supérieur à 500 unités Lapine.

- La coelioscopie

Elle précisera de visu les caractères de la masse extra-utérine et évitera une laparotomie inutile.

Au terme de ces examens il faudra prévenir la femme des risques qu'elle court et recourir à la laparotomie dès que le diagnostic sera précisé ou dès l'apparition des signes graves.

- Le diagnostic d'association de grossesse extra-utérine et utérine se pose dans deux cas :

. Devant un syndrome de grossesse ectopique, on trouve à l'examen un gros utérus ramolli.

. A côté d'un utérus gravide on découvre une masse annexielle douloureuse mal limitée.

Avant l'apparition des accidents hémorragiques le diagnostic sera donc celui d'une masse annexielle associée à un gros utérus. Certes la notion d'une aménorrhée, de nausées voire de vomissements, de modifications des seins; la constatation d'un utérus augmenté de volume, d'un col ramolli, conduira le praticien à demander une vérification biologique. Devant la positivité de cette réaction, le problème de cette masse annexielle se pose et deux hypothèses viennent immédiatement à l'esprit:

- S'agit-il d'une grossesse utérine associée à une masse annexielle telle qu'un fibrome pédiculé, un kyste de l'ovaire fonctionnel, un pyosalpinx, ou une grossesse tubaire.

- Ou bien s'agit-il d'une grossesse extra-utérine s'accompagnant de l'inconstante augmentation de volume utérin, qui n'a cependant pas l'aspect globuleux et le ramollissement isthmique caractéristique à la gestation utérine.

Cependant dans la majorité des cas la survenue précoce d'un accident hémorragique conduit à pratiquer une laparotomie qui découvre la grossesse extra-utérine, la gestation utérine n'est reconnue qu'ultérieurement.

Inversement, l'expulsion d'un foetus, ou de débris placentaires signe l'avortement utérin. Dans les jours qui suivent le diagnostic de grossesse extra-utérine sera fait.

Devant un syndrome de grossesse extra-utérine précisé par la coelioscopie.

Devant une hémorragie intra-péritonéale précisée par laparotomie.

Dans ce dernier cas les erreurs de diagnostic sont nombreuses et l'on ne doit pas confondre un avortement avec la réaction de l'endomètre qui accompagne la grossesse extra-utérine.

A ce propos nous allons illustrer par une observation les difficultés du diagnostic.

Madame B... Jeanine 25 ans.

Il s'agit d'une nulligeste bien réglée jusqu'alors. Les dernières règles sont le 2 Janvier 66, les règles suivantes apparaissent le 18 Février 66 avec par conséquent 19 jours de retard. Ce fait inquiète la malade sans toutefois l'amener à consulter et ce n'est que devant la persistance de l'hémorragie que le 18 Mars 66 elle voit le Docteur MEDIONI.

L'interrogatoire fait préciser qu'il s'agit de métrorragies peu abondantes et persistantes s'accompagnant d'une sensation de pesanteur pelvienne.

A l'examen on note à cette époque :

- un utérus augmenté de volume et mou
- un col fermé légèrement ramolli
- une tuméfaction latéro-utérine gauche, les autres culs-de-sac vaginaux sont libres et souples.

Le 21.3.66 on demande des examens complémentaires et en particulier un diagnostic biologique de grossesse pratiqué par le laboratoire de SEZE et qui montre un test immunologique positif et un dosage de prolans compris entre 150 et 1.000 U.

Cependant le 24.3.66 Mme B... expulse spontanément un fragment placentaire, ce qui amène le Docteur MEDIONI à pratiquer une révision utérine. Le contenu utérin est envoyé au laboratoire du Docteur MIMOUNE qui confirme :

"Le produit du curetage est constitué par des lambeaux de caduque utérine, les uns en partie nécrosés, les autres présentant un véritable infarcissement sanguin".

Mais le 27 Mars subitement :

- douleur pelvienne brutale
  hypothymies

l'examen montre un abdomen légèrement ballonné, un peu sensible.
Le toucher vaginal trouve un cul-de-sac de Douglas douloureux.

Devant ce tableau le diagnostic de grossesse tubaire est immédiatement porté et l'intervention proposée d'urgence par le Docteur MEDIONI. L'intervention pratiquée par le Docteur MEDIONI et le Docteur DAVID montre un hémato-salpinx fissuré qui exige la salpingectomie.

L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic :

"La trompe se présente au niveau de la zone d'implantation de l'oeuf avec une paroi infiltrée de sang et à laquelle adhère un caillot en partie organisé. On y retrouve quelques villosités placentaires insérées dans la paroi tubaire".

* * *

On trouve dans ces cas un problème assez délicat si l'on se réfère aux observations publiées et aux statistiques.

L'observation classique et probablement "princeps" est celle relatée par DUVERNEY en 1708 dans ses"Oeuvres Anatomiques". Cette observation comporte un diagnostic post-mortem, lors de l'autopsie. Il s'agissait d'une femme de 21 ans morte après l'évacuation d'un foetus intra utérin. L'autopsie découvrit un foetus et un placenta dans la trompe gauche, ainsi qu'un autre placenta dans l'utérus.

On trouve des observations analogues publiées par Madame de la CHAPELLE en 1811, par CRET en 1811 également et par DUNOUARD en 1878.

La littérature plus récente est tout aussi pessimiste. NOVAK note que dans 170 cas observés par NEUGEBAUER, publiés en 1907, le diagnostic n'avait été posé que dans 7 cas seulement soit 4 % des cas.

Le même auteur dans une deuxième publication en 1913, note que le diagnostic ne fut posé avant laparotomie que 8 fois sur 74 cas soit 10,8 % des cas.

Ces chiffres assez sombres montrent que l'association grossesse extra-utérine et grossesse utérine est beaucoup

plus difficile à découvrir qu'une grossesse extra-utérine seule, ou qu'une grossesse utérine en menace d'avortement. C'est sans doute parce que l'on n'y pense pas, n'ayant que rarement l'occasion de les observer.

De plus l'aspect clinique de ces cas suggère à priori l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, plus rarement celle d'une grossesse utérine que l'hypothèse, rare, de l'association entre ces deux cas.

Et parfois le tableau clinique fait penser à une crise d'appendicite.

Le tableau clinique peut être celui d'une inondation péritonéale imposant l'intervention d'urgence pendant laquelle le diagnostic de grossesse utérine pouvait être suggéré sur l'aspect de l'utérus.

Parfois c'est le tableau de la grossesse extra-utérine typique ou le retard de règles, les douleurs, accompagnées de tendances lypothmiques et de syncopes, de métrorragies anormales, attirent l'attention sur une trompe.

A l'examen on perçoit une masse dans un cul-de-sac latéral augmentant de volume au cours des différents examens.

Souvent le tableau est beaucoup moins net et seuls les examens paracliniques au premier rang desquels la coelioscopie, permettront le diagnostic exact. Mais la grossesse utérine juxtaposée est méconnue, l'attention n'a pas été attirée par un utérus plus gros que ne devrait le réaliser la simple réaction déciduale de la grossesse ectopique isolée.

Enfin, autre éventualité, l'autre trompe est négligée, l'esprit est satisfait par la découverte d'une grossesse tubaire. Heureusement l'erreur est réparée parce que, de toute façon, l'intervention est décidée. L'ignorance de la deuxième grossesse est moins grave parce que l'indication opératoire dans tous les cas s'impose.

Le cas est grave par contre, si des gestes dangereux pour la grossesse utérine sont effectués de bonne foi tels que : prélèvement à la recherche d'une caduque, hystérosalpingographie, ou, tout simplement, l'introduction d'un hystéromètre pour faciliter les manoeuvres utérines au cours d'une coelioscopie.

Et, c'est seulement au cours de la laparotomie que l'on est surpris par l'existence d'un utérus mou, plus gros que la simple réaction déciduale ne le voudrait alors que l'intervention avait pour but une grossesse tubaire.

Parfois enfin, on constate la présence de deux corps jaunes gravidiques.

Lorsque l'on revoit les observations relatées dans la bibliographie, on constate qu'en pratique le diagnostic de grossesse utérine est souvent méconnu, et, que, si ce diagnostic avait été fait, on aurait évité un certain nombre d'avortements, car c'est en général un avortement qui se produit.

Une deuxième situation est celle où la grossesse utérine domine le tableau clinique, et s'interrompt par un avortement. C'est alors la persistance de troubles anormaux : une douleur unilatérale, des lypothymies, des accidents divers, qui font porter le diagnostic de grossesse extra-utérine associée. Mais l'éventualité de cette coexistence est si rare que l'on est le plus souvent enclin à penser à un choc hémorragique, à une salpingite, à un kyste de l'ovaire associé. Ce qui fait différer ou retarder une intervention qui aurait pu être salvatrice.

Enfin la grossesse extra-utérine peut être arrêtée dans son évolution sans donner d'accident. La grossesse utérine concomitante évolue dès lors normalement et semble isolée. Ce n'est qu'après un temps extrêmement variable, parfois plusieurs années, au cours d'une intervention sur les annexes (kyste de l'ovaire par exemple) que la grossesse extra-utérine est découverte (CHAMBRAND).

Un autre cas est celui où l'association des deux grossesses est découverte dans les premiers mois. On a été frappé, dans une symptomatologie de grossesse extra-utérine, par la taille de l'utérus nettement augmenté de volume, par les signes sympathiques de grossesse persistant au-delà de la durée habituelle d'évolution de la grossesse extra-utérine.

La vérification opératoire ne tarde pas, les moyens de protection de cette grossesse utérine sont alors mis en oeuvre avec le maximum de chances de succès.

Dans le cas inverse, les deux grossesses passent malheureusement inaperçues. On a cru par exemple à une appendicite. Le début brutal des troubles, le siège des douleurs dans la fosse iliaque droite, les vomissements, la tension de la paroi abdominale, les douleurs au toucher vaginal et dans le cul-de-sac droit, donnaient tous les signes habituels d'une appendicite.

Certains signes cependant devraient attirer l'attention tels que les absences d'antécédents intestinaux et digestifs, la pâleur, les lypothymies ou les syncopes, signes évocateurs d'hémorragie interne, les troubles vésicaux et rectaux, enfin une parésie intestinale très légère. Et c'est alors que, au cours d'une intervention pour appendicectomie, l'appendice semble absolument sain et normal, on a l'idée

de chercher une autre cause aux manifestations abdominales, et que l'on découvre un utérus gravide anormal et l'extra-utérine associée.

L'extra-utérine en effet, si l'on ne pousse pas plus loin l'examen donne tous les aspects d'une forme pseudo-salpingienne comme s'il s'agissait d'un hématocèle. On constate une masse latérale de volume modéré dans un cul-de-sac latéral. Les signes cliniques sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

- Douleurs à type de pesanteur hypogastrique avec crises passagères à l'occasion d'un effort ou de fatigue, avec parfois nausées et tendance syncopale sans métrorragies. La mobilisation de l'utérus au toucher bi-manuel est douloureux et, la petite masse latéro-utérine peu mobile et un peu douloureuse. Il est dans ces conditions risqué de ne pas penser à la grossesse extra-utérine. La leucocytose sanguine elle-même n'est pas un signe suffisant pour affirmer ou infirmer le diagnostic de grossesse extra-utérine.

C'est dans ce cas délicat et dans le doute que la coelioscopie trouve ses meilleures indications. Mais on ne se décide logiquement à cette épreuve que si une augmentation anormale de l'utérus est assez nette pour reconnaître la présence d'une grossesse utérine ou d'une trompe gravide.

Il est logique que l'on pense à priori à un kyste de l'ovaire à un hydrosalpinx, à un fibrome sous séreux ou à une grossesse associée à un kyste de l'ovaire tordu et, il n'est pas étonnant dans ces conditions que le diagnostic ne soit parfois précisé que lors des accidents d'une grossesse extra-utérine méconnue.

c

En pratique, on peut conclure des notions précédentes quant au diagnostic de l'association des deux grossesses utérines et extra-utérines que :

- le diagnostic peut être fait, en le cherchant ou en le découvrant sans y penser, de plusieurs façons :

- Au cours d'une grossesse banale ou en menace d'avortement, qui présente des signes inhabituels de douleurs et d'une masse latéro-utérine, alors qu'avant la grossesse on n'avait pas constaté de kyste de l'ovaire ou de salpingite.

- Au cours d'une grossesse extra-utérine la présence d'un gros utérus.

- Au cours de l'intervention.

-:-:-:-

C H A P I T R E   IV

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

LA SUPERFECONDATION ET LA SUPERFOETATION

-:-

Le Professeur PINARD il y a 50 ans, et plus récemment GUEGUEN (1955) se sont intéressés au problème de l'appréciation de l'âge des deux grossesses coexistantes, ce qui permettrait la différenciation entre la fécondation simultanée, la superfécondation, et la superfoetation, si elle existe.

Dans ce but ils ont cherché à préciser :

1° - La différence d'âge entre deux grossesses extra-utérines, en se basant sur le volume des masses tubaires l'une par rapport à l'autre, mais surtout sur leur aspect histologique.

L'importance de la vascularisation des villosités, la situation péripherique des capillaires indique une grossesse nettement organisée, alors que les villosités avasculaires ou dont l'axe vasculaire est à l'état d'ébauche, traduit une villosité plus jeune. De même la situation centrale des capillaires dans les villosités vascularisées.

L'aspect des hématies nuclées traduit l'âge de la grossesse. C'est ainsi que dans les formes particulièrement jeunes, les hormoblastes sont plus volumineux, plus polyédriques, que dans les formes plus âgées. C'est là un élément de comparaison important.

2° - Un problème difficile est de compenser l'âge de la grossesse extra-utérine avec celui d'une grossesse utérine associée. L'histologie elle-même ne donne pas toujours de conclusions convaincantes.

Les conditions de vie ne sont pas les mêmes dans un utérus largement irrigué et dans une trompe, où, la vascularisation, l'expansibilité sont différentes et ralentissent la trophicité du placenta. L'examen histologique des corps jaunes examinés au cours de l'intervention donne cependant des renseignements valables.

o

Jusqu'ici, on doutait de la superfécondation et de la superfoetation. On estimait qu'il s'agissait d'une grossesse bivitelline à fécondation simultanée et dont les lieux d'implantation ont été séparés. Mais les Anglo-Saxons estiment qu'il est possible que deux ovules aient été émis à des dates plus ou moins éloignées,

- dans le même cycle (superfécondation)

- ou dans deux cycles différents (superfoetation)

On aurait alors deux grossesses juxtaposées d'âge différent.

Les opinions des Obstétriciens sont différentes selon les auteurs, sur ce point. Mais théoriquement rien ne s'oppose à une superfoetation. En effet l'ovulation est possible chez une femme enceinte, contrairement à la formule, il y a 60 ans, de DINARD, qui pensait que ovulation et menstruation sont absolument supprimées pendant la gestation et que toute évolution folliculaire est alors stoppée. Une preuve contraire est donnée par l'observation classique de TARNIER, confirmée ensuite par WINTZ. Ils ont observé le cas de femmes à utérus double, l'un gravide et l'autre conservant son cycle menstruel normal. WINTZ a également constaté au cinquième mois d'une grossesse, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, un follicule franchement ouvert. Enfin WALLACE (1917) trouvant une grossesse tubaire récente chez une femme (un oeuf total de la taille d'une olive) l'a extirpé et l'a greffé dans l'utérus après avoir érodé la muqueuse. Il y eut nidation et la grossesse devenue utérine a évolué normalement jusqu'à terme.

VERNES, lui aussi, plaide en faveur de la superfoetation, et tout d'abord de la possibilité d'ovulation chez la femme enceinte. Il est frappé par la coïncidence fréquente de l'avortement spontané habituel de certaines femmes avec la date présumée d'une époque menstruelle, témoignant d'un orage

hormonal dont la ponte d'un ovule semble être responsable.

Il y a observé que certaines femmes considérées comme ayant eu une grossesse avec superfoetation avaient précisément des antécédents d'avortements spontanés survenus à la date présumée des règles.

D'autre part se basant sur le cytodiagnostic DUNDEL (1951) et LEPAGE (1955) ont montré que s'il était possible de constater dès la quatrième semaine de grossesse, des frottis vaginaux typiques, il était au contraire, jusqu'à la douzième semaine, habituel de constater les modifications cytologiques caractéristiques de l'évolution vers la maturité d'un ou plusieurs follicules, malgré la présence du corps jaune de gestation.

Les circonstances les plus favorables à la superfoetation sont créées par la nidation première d'un oeuf dans la trompe : les conditions physiologiques d'inhibition habituelle et de maturation ovulaire sont spécialement faibles au cours des grossesses tubaires, permettant ainsi beaucoup plus volontiers qu'au cours d'une grossesse utérine banale, la ponte d'un ovule, donc sa fécondation et ses conséquences : la superfoetation.

C'est donc au cours des grossesses mixtes tubo-utérines que l'on rencontre avec certitude le fait assez rare de super

embryonnement. Donc l'ovulation est possible, la fécondation également. Dans une grossesse tubaire il n'existe pas obligatoirement une muqueuse utérine réactionnelle bouchant l'ostium utérin opposé et empêchant une nouvelle fécondation.

Dans la grossesse normale, la cavité utérine se ferme seulement vers trois mois révolus par accolement de la déciduale ovulaire à la déciduale utérine. Avant cette date rien ne s'oppose à l'ascension des spermatozoïdes dans les trompes, donc à la fécondation du deuxième ovule.

La nidation de ce second oeuf fécondé est possible chez une femme enceinte. L'expérience de WALLACE, découvrant une grossesse tubaire récente, l'extrayant et la greffant dans l'utérus après avoir eu soin d'éroder la muqueuse peut prouver qu'une grossesse utérine normale peut parfaitement avoir lieu lorsque la grossesse ectopique est arrêtée dans son évolution.

Si la grossesse ectopique évolue encore, rien n'empêche d'admettre qu'une fécondation puisse aboutir à une grossesse utérine normale avant les 3 premiers mois de la grossesse extra-utérine. Il faut cependant observer que cette expérience de WALLACE n'a pas été renouvelée avec succès.

R. CHAMBRAND estime que, lorsque la grossesse utérine est la première en date, il semble que la superfoetation soit possible pendant les 3 premiers mois. Au delà de ce délai on doit admettre la possibilité de nidation ou de fécondation

retardées avec une vie libre de plusieurs mois d'un oeuf dans les annexes.

De telles observations sont si rares que l'on ne peut donner de conditions probantes. Ce que l'on peut estimer c'est que la nidation n'est pas impossible physiologiquement en présence d'une autre grossesse, extra ou utérine.

Mais malgré la publication de VERNES, et celle, il y a des siècles d'ARISTOTE, et, malgré l'intérêt des travaux ci-dessus résumés, aujourd'hui il n'est pas possible d'affirmer que la superfoetation ait été prouvée. D'autant plus que les expériences faites dans les laboratoires d'embryologie expérimentale ont été des échecs.

S'il est exact que la superfoetation spontanée existe chez le vison et le lièvre, il faut tenir compte que les femelles de ces espèces obtiennent des portées d'âge différent correspondant à des fécondations successives. Il est probable que l'équilibre hormonal de la gestation établie chez le vison et le lièvre ait peu favoriser la nidation d'un oeuf fécondé, mais cet équilibre hormonal est incompatible chez la femme et chez les animaux soumis à l'expérimentation.

Si en 1947 KLEIN a pu obtenir une super ovulation c'est parce qu'il a dû évacuer au préalable la grossesse pré-existante. Plus récemment AVIOROSO en 1948 expérimentait chez la

jument, et, malgré l'apport de l'insémination artificielle a obtenu des résultats négatifs.

o

Expérimentation chez l'animal de laboratoire.

Si chez des humains le problème délicat de la superfécondation n'est pas au point et discuté, certaines expérimentations sur certaines espèces animales sont troublantes. Il est étonnant de voir spontanément, sans nouvelle imprégnation par le mâle, des portées successives chez des rats et des souris, pourtant insensibles aux essais expérimentaux de superfécondation. MAYER de Bordeaux en 1955 a reproduit expérimentalement la nidation différée ou retardée. Dans ce cas la vie de l'oeuf est, dans une certaine mesure, allongée lors de son stade initial de vie libre, avant la période fixée que lui impose son insertion dans la cavité utérine.

Il semble que ces grossesses à nidation retardée se voient surtout chez les espèces hibernantes (hermine, marmotte). Il est malheureusement difficile de comparer ces grossesses associées avec la superfoetation utérine quand parfois, à l'occasion de jumeaux bi-ovulaires on croit le premier né avant terme et l'autre à terme. Parmi les observations publiées, celle de FODERL (1932) est parmi les plus

convaincantes, car il s'agissait de 2 foetus parfaitement frais, l'un de 15 centimètres (16 semaines) l'autre de 16 millimètres (6 semaines) et, l'étude des 2 placentas sains montrait les mêmes différences d'âge.

Malgré cela la superfoetation mixte, associant gestation utérine et gestation tubaire, pose un problème qui n'est pas encore résolu et les histologistes font quelques réserves sur l'estimation de la différence d'âge entre les deux oeufs. Ils objectent que les conditions de vie sont très différentes entre la grossesse utérine et la grossesse tubaire.

La majorité des observations pêchent par leur manque de précision. En particulier la difficulté de chiffrer la différence d'âge entre les deux grossesses, même avec l'aide de l'histologie.

-:-:-:-

C H A P I T R E V

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il n'y a pas de technique spéciale de traitement de l'association des grossesses tubaires bilatérales ou utéro-pubaires, mais dans ces cas quelques règles de tactique doivent être respectées.

Lorsque la grossesse utérine, en voie d'interruption, commande une intervention d'urgence, alors que la grossesse extra-utérine est méconnue (éventualité assez rare) il est admis après un curetage, d'explorer les annexes sous anesthésie, c'est alors que l'on a une chance de découvrir une grossesse extra-utérine latente, mais on peut la méconnaître.

Lorsque la grossesse extra-utérine est reconnue la première, et que l'on est frappé par l'aspect gravide de l'utérus, il suffit de pratiquer la thérapeutique sédative des menaces d'avortement (spasmalgine, dolosal, phénergan, progestérone). Dans les suites il est utile de pratiquer un bilan hormonal.

Dans la grossesse tubaire bilatérale l'attitude à suivre dépend de l'état général de la malade, de l'aspect des lésions, du contexte clinique : âge de la femme, parité, désir de grossesse ultérieure. Lorsque l'état général est particulièrement alarmant, la chirurgie d'exérèse bilatérale est tentante. Elle peut par salpingectomie rétrograde, conserver pratiquement toujours les ovaires. Malheureusement il est rare que l'on ait le temps de pratiquer un examen plus approfondi des lésions qui permettrait une attitude plus nuancée. C'est ainsi que, s'il existe d'un côté une grossesse isthmique, la résection de la zone gravide est un geste rapide et d'urgence. Il n'est pas possible dans ce cas de tenter une réimplantation trop minutieuse et trop longue pour être bien supportée. Cette résection partielle permettra ultérieurement une chirurgie plastique avec quelques chances de succès.

Parfois mais ce n'est pas souvent possible, un avortement tubo-abdominal peut être traité par une chirurgie conservatrice ; jamais on ne doit se contenter de l'expression de l'oeuf par ouverture du pavillon gravide. En effet il est impossible de savoir si l'hémostase est satisfaisante et le risque de choc hémorragique interdit quelque doute que ce soit sur elle.

L'hémorragie la plus minime constitue un danger sérieux; dans les cas douteux il est prudent de faire l'ablation de cette trompe.

H. ROBERT estime que trois cas sont défavorables à la conservation :

- l'infarcissement étendu de la paroi tubaire
- la rupture étendue de la trompe
- l'existence d'un hématocèle péritubaire dont les gros caillots adhèrent à la trompe qui une fois dégagée a "triste mine".

En réalité, c'est l'affirmation précoce du diagnostic qui est la condition essentielle pour pratiquer des opérations conservatrices.

En conclusion :

Il s'agit d'un tableau clinique d'une telle gravité vitale que le seul geste possible est d'assurer l'hémostase, sous peine de mort, dans ce cas on fait ce que l'on peut.

- Ou bien on a le temps et la possibilité d'examiner les lésions et de tenir compte de l'état de la malade, c'est alors que l'on choisit entre la salpingectomie ou la conservation tubaire.

Dans ce dernier cas la chirurgie plastique de la trompe est maintenant bien au point. La seule technique délicate est l'implantation tubo-utérine.

J. VARANGOT, A. GRANJON et V. LOFFREDO sur 121 cas de grossesse extra-utérine, ont conservé la trompe gravide dans 19 cas en pratiquant 14 salpingotomies, 2 résections tubaires partielles suivies d'anastomose bout à bout, 3 implantations tubo-utérines. Les résultats d'ensemble, avec un recul d'un à huit ans, se répartissent ainsi : 6 grossesses normales consécutives, 6 stérilités, 3 récidives in situ dont une après grossesse normale et 5 femmes perdues de vue. Par rapport au traitement classique d'exérèse la chirurgie conservatrice de la trompe semble donner :

- une fertilité ultérieure statistiquement à peu près identique (34 % au lieu de 28 %) résultat qu'il convient d'interpréter en sachant que la conservation tubaire a été souvent indiquée dans les cas où la trompe opposée était pathologique ou absente;

- un risque de récidive (16 % au lieu de 5 %).

Les auteurs en concluent qu'il convient de limiter les indications de la chirurgie conservatrice à des cas particuliers : chez les nulligestes parce qu'elle ménage l'avenir obstétrical, chez les femmes traitées pour stérilité et chez les femmes ayant une trompe unique après avoir préalablement averti ces femmes du risque accepté.

-:-:-:-

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

- L'association grossesse extra-utérine et grossesse utérine n'est rencontrée que très exceptionnellement, une fois sur 30.000 grossesses.

Nos observations posent des problèmes intéressants au point de vue médical et biologique. Neuf fois sur dix le diagnostic n'est pas fait. Souvent après l'évacuation de l'une des grossesses l'autre n'est reconnue que secondairement.

Aussi faudra-t-il y penser lorsqu'en présence d'un syndrome de grossesse tubaire l'utérus parait anormalement volumineux et ramolli.

- De même lorsqu'il existe à côté d'un utérus gravide une masse latérale douloureuse et mal limitée que l'on a volontiers tendance à confondre avec une masse annexielle.

- Enfin cette coexistence propose au chirurgien des problèmes tactiques différents selon les rapports entre ces deux grossesses.

- Sur le plan biologique, les difficultés sont de déterminer s'il s'agit ou non d'une grossesse gemellaire; aux divers stades où se situent les deux oeufs.

- La conduite thérapeutique à suivre est délicate. En réalité chaque cas pose un problème particulier. Ou bien c'est l'urgence, le tableau dramatique, il est difficile de faire mieux que d'assurer l'hémostase et le plus souvent l'état des lésions implique la salpingectomie, ou bien l'on a le temps et la possibilité d'examiner et d'apprécier l'état des trompes et des annexes. Alors on peut envisager l'implantation tubo-utérine et la chirurgie plastique de la trompe, au besoin lors d'un temps ultérieur.

- Des risques secondaires sont toujours possibles soit que les chances de fécondation soient minimes, soit qu'une récidive sur place se produise.

VU, le Président,

F. LEPAGE

VU, le Doyen,

G. BROUET

VU et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

BOUDRON J. -

A propos de la chirurgie Américaine.

(La Science Médicale Pratique N° 13 Janv. 48).

CHAMBRAND R. -

La grossesse extra-utérine.

1 vol. Masson 1961, p. 237.

FRANCOIS -

La grossesse extra-utérine.

Thèse de Paris 1949, N° 794.

GAUDEFROY M. -

Consultation de gynécologie.

(Editions Vanu Paris 1964).

MARCEL et FABRE M. -

Gynécologie Médicale.

Librairie Maloine Paris 1947.

ROBERT M. -

La chirurgie conservatrice dans la grossesse extra-utérine.
(Le Concours Médical 28 Déc. 57).

SOUPAULT R. -

Une ère chirurgicale nouvelle.
(1 vol. Audier Legrand Ed. Paris 1946).

THOYER ROZAT -

Grossesse extra-utérine associée à grossesse utérine.
(Encyclopédie médico-chirurgicale "gynéco-obstétrique").

-:-:-:-

T A B L E D E S M A T I E R E S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Pages

I - Historique et statistiques 1

II - Observations 5

III - Diagnostic 11

IV - La superfécondation et la superfoetation.. 25

V - Traitement 33

VI - Conclusions 37

VII - Bibliographie 39

-:-:-:-